

新生儿先天性食道闭锁手术治疗的围手术期护理疗效分析

舒 萍

贵州医科大学附属医院小儿外科 贵州 贵阳 550000

摘要:目的:分析新生儿先天性食道闭锁(CEA)手术治疗的围手术期护理效果。方法:选取2021年4月-2024年4月本院15例CEA患儿开展研究,用随机数字表法平均分为对照组7例,行常规护理,观察组8例,行综合护理,比较两组护理效果。结果:观察组的体重增加量均明显高于对照组,SAS、SDS评分、切口愈合时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$);观察组的护理满意度稍高于对照组,并发症发生率稍低于对照组($P > 0.05$)。结论:给予CEA患儿综合护理能提升手术效果,促进病情恢复,安全性高,具有推广价值。

关键词:新生儿;先天性食道闭锁;手术;综合护理

CEA多发生于新生儿,特别是早产未成熟者,观察食管气管,发现其分隔不全,产前采用超声波检验,能检出羊水过多。CEA常合并畸形,例如泌尿、消化和心血管系统等,尤以肺炎最常见^[1]。CEA发生率不受性别影响,新生儿吃奶时常常呛咳、呕吐,面色青紫,出现呼吸困难等。程度较轻者,采取抗感染疗法,可选用头孢克肟片、阿莫西林等药物。CEA患儿多采用早期手术,医师要明确CEA症状,应用影像技术展开检验,例如X射线等^[2]。现阶段我国医学事业进步,CEA成活率也随之增加,超过70%。治疗时如护理不当,则可能出现并发症,引发死亡。围术期采取优质、全面护理,能减少并发症,增加存活率和治愈率,本研究以CEA患儿为对象,分析综合护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2021年4月-2024年4月本院15例CEA患儿开展研究,用随机数字表法平均分为对照组7例,男4例,女3例,日龄为1-8d,平均日龄(3.25±0.12)d;观察组8例,男4例,女4例,年龄为1-9d,平均日龄(3.30±0.11)d。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:通过食管造影等,证实为CEA;均有手术指征;资料完整;家长知情同意本次研究。排除标准:其他先天性疾病;精神疾病;智力异常。

1.2 方法

对照组行常规护理,关注生命体征变化,遵医用药,提供用药指导,监测病情,及时清洁病房。观察组以对照组为基础,行综合护理:

1.2.1 术前干预

①环境干预:针对新生儿,因其皮肤较薄,同时分

布众多血管,机体尚未形成完善调控能力,若摄入热量不够,或附近温度较低,可能产生皮肤硬结,适当调节室内温度,营造舒适、安全的环境。②呼吸道干预:受食道闭锁影响,会影响患儿吞咽羊水,另外就新生儿而言,其鼻腔、口腔内,存在大量分泌物,一旦未及时排出,可能误吸,进而阻塞呼吸道,造成呼吸困难,出现吸入性肺炎等。选择侧位,保证头高脚低,适当抬高上半身,处于15-30°,能防范唾液、分泌物逆流,致使呼吸道受阻,减少胃液逆流,致使其到达气管/支气管,提供吸氧,遵循低流量、持续等原则,将唾液、分泌物等及时吸除,定时吸痰,隔1-2h进行1次,维护呼吸道通畅,监测患者呼吸,随时准备急救。③营养/禁食干预:术前提供禁食处理,及时清洁口腔,采取棉球,然后蘸适量生理盐水,轻轻擦拭口腔内部,每天2次,防范鹅口疮。禁食时,选择高营养液,经由静滴补充能量,防范电解质紊乱,减少脱水等反应,结合患儿需求,合理选用抗炎药,能预防感染、肺炎等。④做好术前访视:积极和家属交流,观察患儿病情,面对家属加强宣教,既能提高其配合度,又能消除抵触情绪,例如烦躁、焦虑等。

1.2.2 术中干预

①麻醉护理:选取适宜麻醉方法,保证麻醉药剂量精准,建议酌情加深麻醉,防范术中躁动,尽量减轻神经损伤。②保暖干预:选择暖风毯,将其铺在患儿身下,对于非必要裸露区域,遮盖好,防范受皮肤暴露过多、静滴等影响,导致体温下降,静滴前,先加温液体。③体位干预:选择左侧卧位,采取宽棉布带,对患儿四肢做好固定,患儿既可以活动,又不会对末梢血液循环造成干扰。④监测生命体征:及时清洁呼吸道,确

保其通畅,准确记录出血量,适当管控输液速度,观察呼吸道,保证其始终通畅,监测尿量、出血量等,严格管控输液速度,按摩受压部位,方法压疮等。⑤胃管护理:经由食道,将胃管放置于胃内,做好固定,防范脱落。及时清点手术物品,推动手术顺利展开。

1.2.3 术后干预

①监测生命体征:检验血氧饱和度、心率等变化,1次/60min,客观、精准记录下来,如有异常,马上处理。②呼吸道干预:因患儿生理功能较差,术后不能马上拔除气管插管,在带管期间,应注意监测呼吸情况,适当进行调节,保证呼吸道通畅;为患儿拔管后,要定时吸痰,清除分泌物。③胃管干预:进行手术时要采用吻合口支撑物,要进行胃液引流,会为其留置胃管,完成手术后要给予保护,防范胃管脱落,等待7d,进行食管造影,评估胃管是否被拔除,如果拔出,要予以人工喂养,积极补充营养。④胸腔引流管干预:进行手术时会放置胸腔引流管,后续做好固定,防止其受压,避免扭曲、折叠,处于通畅状态,监测引流液,观察其量、性质等。观察7d,如果引流量不多,同时无吻合口瘘,则能将引流管拔出。⑤减少感染:及时清洁病房,遵循相关制度消毒有关设备,包括血压袖带、听诊器等。做好手卫生,执行护理操作前后执行手卫生,选择一次性抗菌手套,佩戴好,防范交叉感染。⑥减少吻合口狭窄/瘘:针对狭窄,一般经由食管造影检出,一旦出现该

表现,应马上开展食管扩张术。针对瘘,多发生于术后4-5d,监测胸腔引流液,若含有泡沫状、白色液体,提示有吻合口瘘发生可能性,应提供对症支持,予以充分引流。

1.2.4 出院指导

患儿符合标准即将出院时,应向家长提供健康指导,科学喂养,宣传急救、症状防护等知识,告诉其复查时间,做好回访工作,实施动态监测,了解患儿有无不良反应,例如吞咽/呼吸困难及呕吐等,若有马上回院,接受诊治。

1.3 观察项目和指标

评价心理状态:采取SAS量表^[3],对应焦虑,采用SDS量表^[4],对应抑郁。评价干预效果^[5]:观察两组的体重增加量、切口愈合时间和住院时间。评价护理满意度:用问卷调查,满意、基本满意和不满意,对比两组护理满意度。评价并发症^[6]:包括感染、吻合口狭窄和吻合口瘘。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态比较

干预后两组SAS、SDS评分均明显低于干预前,观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组心理状态比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

| 组别 | 例数 | SAS (分) | | SDS (分) | |
|-----|----|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 8 | 57.42±4.58 | 33.44±4.82 ^a | 55.47±3.69 | 31.51±3.37 ^a |
| 对照组 | 7 | 57.53±4.50 | 41.26±3.94 ^a | 55.61±3.57 | 40.60±3.19 ^a |
| t | / | 0.047 | 3.406 | 0.074 | 5.341 |
| P | / | 0.963 | 0.005 | 0.942 | 0.000 |

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组干预效果比较

观察组的体重增加量明显高于对照组,切口愈合时

间和住院时间均明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组干预效果比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

| 组别 | 例数 | 体重增加量 (g) | 切口愈合时间 (d) | 住院时间 (d) |
|-----|----|------------|------------|------------|
| 观察组 | 8 | 12.82±1.83 | 5.01±1.25 | 25.13±4.70 |
| 对照组 | 7 | 9.34±1.64 | 11.25±1.35 | 33.35±4.43 |
| t | / | 3.854 | 9.295 | 3.470 |
| P | / | 0.002 | 0.000 | 0.004 |

2.3 两组护理满意度和并发症比较

观察组的护理满意度稍高于对照组,并发症发生率

稍低于对照组 ($P > 0.05$) 详见表3。

表3 两组护理满意度和并发症比较[n(%)]

| 组别 | 例数 | 护理满意度 | | | 并发症 | | | | |
|----------|----|-------|------|-----|--------|----|-------|------|-------|
| | | 满意 | 基本满意 | 不满意 | 满意度 | 感染 | 吻合口狭窄 | 吻合口瘘 | 发生率 |
| 观察组 | 8 | 7 | 1 | 0 | 100.00 | 1 | 0 | 0 | 12.50 |
| 对照组 | 7 | 4 | 3 | 2 | 71.43 | 1 | 1 | 1 | 42.86 |
| χ^2 | / | / | / | / | 2.637 | / | / | / | 1.759 |
| P | / | / | / | / | 0.104 | / | / | / | 0.185 |

3 讨论

CEA属于先天性疾病，食管发育异常，多发生自胚胎时期，观察食管发育，一旦有异常，则瘘管闭锁，新生儿出生后产生诸多不适，例如呕吐、呼吸困难等^[7]。CEA目前主要采取食道修补术，其是该病首选疗法，尽管效果明确，但并发症多，常见的有感染、吻合口瘘等，窒息率高，可能导致呼吸衰竭，威胁生命安全^[8]。做好围术期护理至关重要，其直接决定手术是否成功，影响并发症。

实施综合护理，一切护理措施开展均围绕患者进行，服务对象包含患儿及其家属，重视其身心健康，开展精细化护理，贯彻人文关怀，既能保障疗效，又可减少并发症，提升舒适度。面对家属，加强宣教，给予情绪疏导，增加其配合度。术前，及时清洁呼吸道，维持其通畅，注意清洁口腔卫生。了解患儿生理病理，该病患儿不能早期喂养，要以静脉为途径，补充营养物质。术中提供麻醉护理，保证麻醉剂量适宜，方式科学，如果麻醉过浅，会引发躁动，如果过深，会损害神经。注意保暖，采用保暖毯，合理管控体温，确保其高于36℃。术后维护呼吸道，关注气管瘘修补处，为了防范其受损，应尽快缩短脱机时间。提供疼痛干预，评估患者疼痛程度，采取鸟巢式体位，进行抚触，给予非营养吸吮，营造温馨、安全、舒适的环境，尽量消除声光刺激，有效缓解疼痛。提供出院指导，教会家属基础护理技能，做好保暖工作，避免着凉，保证饮食卫生良好，提醒其复查时间。监测患儿表现，如其出现吞咽困难、呕吐等现象，且原因不明，应马上回院复检。注意饮食清淡，采取易消化食物，积极补充营养。研究结果显示和对照组比，观察组的SAS、SDS评分均更低（ $P < 0.05$ ），表明综合护理更全面，兼顾患儿、家长情绪，予以正向引导，能形成良好心态。观察组的体重增加量更高，切口愈合时间和住院时间均更低（ $P < 0.05$ ），提示综合护理更符合患儿特征，便于增加体重，能促进切

口愈合，缩短住院时间。观察组的护理满意度稍高于对照组，并发症发生率稍低于对照组（ $P > 0.05$ ），代表实施综合护理后，家长更加满意，并发症更少，原因主要为该模式更具针对性，重视每个护理细节，结合患儿表现，提供适宜护理措施，可取得良好预后，但因本研究纳入数量过少，所以结果无差异。说明应用综合护理可以改善CEA病情，提升手术预后，维护患儿安全。

综上所述，给予CEA患儿综合护理能提升手术效果，促进病情恢复，安全性高，具有推广价值。

参考文献

- [1]何静.循环质控护理对新生儿先天性食道闭锁围术后进食情况、术后并发症的效果[J].医学信息,2021,34(4):187-189.
- [2]夏佳,徐晓丽,颜小娟,赵斯君.经胸腔镜新生儿食道闭锁纠治术围术期护理对患儿预后的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(9):1642-1645.
- [3]邵院玲,李雅军,鱼娟,李华,李文霞.1例法洛氏三联症合并食道闭锁术后吻合口狭窄患儿的围术期护理[J].临床医学研究与实践,2021,6(16):44-45+49.
- [4]马小香.先天性食管闭锁患儿围手术期护理体会[J].中国药物与临床,2021,21(11):2017-2018.
- [5]李桂娟.针对性护理在先天性食道闭锁术后全胃肠外营养支持中的应用效果分析[J].青海医药杂志,2023,53(9):24-27.
- [6]舒慧玲.标准化护理模式在先天性食道闭锁患儿术后护理的效果评价[J].黔南民族医学专学报,2023,36(1):56-58.
- [7]王靖雯,王莉.综合性细节护理对经食道超声心动图检查患者不良反应、血流动力学指标和护理满意度的影响[J].黑龙江医学,2023,47(3):353-355.
- [8]施凤双,李晓艳,李冉,唐晓敏.VACTERL综合征低体重早产儿行食道闭锁根治及心内畸形矫治术1例的术后护理[J].护理与康复,2022,21(9):78-81.